

Recent developments are forcing the Society to slow down a bit, to take a step back for reflection (not introspection) and focus its efforts on consolidating past achievements. A solid basis has to be constructed to gear the Society up for a new period of future-oriented, balanced, participatory and integrating development.

In this presentation we will highlight the results of recent ESTRO actions, explore how external factors may set limits to our aspirations and open a window on challenges and perspectives ahead.

18.

LECZENIE ZRÓŻNICOWANYCH RAKÓW TARCZYCY

Sowiński J.

Katedra i Klinika Endokrynologii,
Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych,
Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu

W leczeniu zróżnicowanych raków tarczycy stosujemy zasadę radykalizacji leczenia, którą osiągamy poprzez skojarzenie leczenia operacyjnego z uzupełniającym podaniem radiojodu (¹³¹I). Rozległość operacji jest zależna od ryzyka rozpoznania nowotwora złośliwego oraz zaawansowania klinicznego choroby. Wskazane jest całkowite pozatarczycowe usunięcie tarczycy oraz centralnych węzłów chłonnych, a w przypadkach uzasadnionych również bocznych szyi. Celem zniszczenia resztek tarczycy pozostałych po leczeniu operacyjnym, sterylizacji ewentualnych mikroognisk raka w łożu tarczycy i węzłach chłonnych oraz sterylizacji przerzutów stosuje się radiojod (¹³¹I). W zależności od zaawansowania zmian nowotworowych rozróżnia się leczenie uzupełniające, radykalne lub paliatywne. Wskazania do poszczególnych rodzajów leczenia, niezbędna diagnostyka poprzedzająca leczenie oraz dawkowanie izotopu zawarte są w rekomendacjach opracowanych w roku 2000 przez Komitet Referencyjny Epidemiologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Tarczycy. Częstotliwość kontroli chorych po zakończonym leczeniu pierwotnym powinna być zróżnicowana i zależna od ryzyka wznowy. Rutynowo

zakłada się kontrolę w odstępach półrocznych i prowadzi przez całe życie chorego. U chorych, leczonych z powodu zróżnicowanych raków tarczycy, wskazane jest stosowanie przez całe życie supresyjnych dawek L-Thyroxin. Monitorowanie leczenia nieoperacyjnego wymaga, obok wnikliwej obserwacji klinicznej szczególnie układu krążenia, kontroli stężenia TSH co 3 miesiące oraz okresowo badania stężenia wolnej trójjodotyroniny we krwi. W większości przypadków leczenie hormonalne jest dobrze tolerowane, a wobec dobrego rokowania choroby zasadniczej nie stwierdza się najczęściej upośledzenia zdolności do pracy. Niewątpliwym osiągnięciem ostatnich lat jest wprowadzenie do diagnostyki i leczenia zróżnicowanych raków tarczycy metody stymulacji jodochwytności za pomocą egzogennej ludzkiej tyreotropiny (rTSH). Postępowanie to skraca czasokres stymulacji resztkowej tkanki tarczycowej lub/ i przerzutów, a także w sposób znaczący poprawia komfort życia pacjentów. Liczne badania ostatnich lat wskazują, iż stymulacja jodochwytności tym sposobem jest bezpieczna i skuteczna.

19.

CHIRURGICZNE WYZWANIA W LECZENIU RAKA PRZĘŁYKU

Szawłowski A.W.

Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

W Polsce wyniki leczenia raka przełyku są złe (5-letnie przeżycie średnio 5%) i nowotwór ten pozostaje nadal nierozwiązanym problemem onkologicznym. Za główną metodę leczenia uważa się chirurgię, ale odsetek chorych, których można skutecznie zoperować (z intencją wyleczenia – radykalnie) jest niewielki (10%). Dlatego rak przełyku stanowi też wyzwanie dla chirurgów, którzy planując to leczenie muszą sobie odpowiedzieć na następujące strategiczne pytania:

1. Kiedy można planować leczenie chirurgiczne z intencją wyleczenia (radykalne)?